

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

N°

210

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 Juin 1886, à 1 heure,

PAR P. PARIZOT,

Né à Corgengoux (Côte-d'Or), le 9 mars 1860

Ancien interne de l'hôpital et lauréat de l'école de médecine de Dijon,

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DE LA TORSION DU PEDICULE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. DUPLAY, professeur.

*juges : MM. { RICHELLOT, professeur,
TROISIER, PEYROT, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BÉCLARD.	
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		SAPPEY.
Physiologie.....		BÉCLARD.
Physique médicale.....		GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		PETER.
		DAMASCINO.
		GUY N.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.....		DUPLAY.
Pharmacologie.....		REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....		TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....		VULPIAN.
		SEE (G.).
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HARDY.
		POTAIN
		GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....		RICHEL.
		VERNEUIL
Clinique chirurgicale, 1 ^{re}		TRELAT.
		LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchements.....		PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN

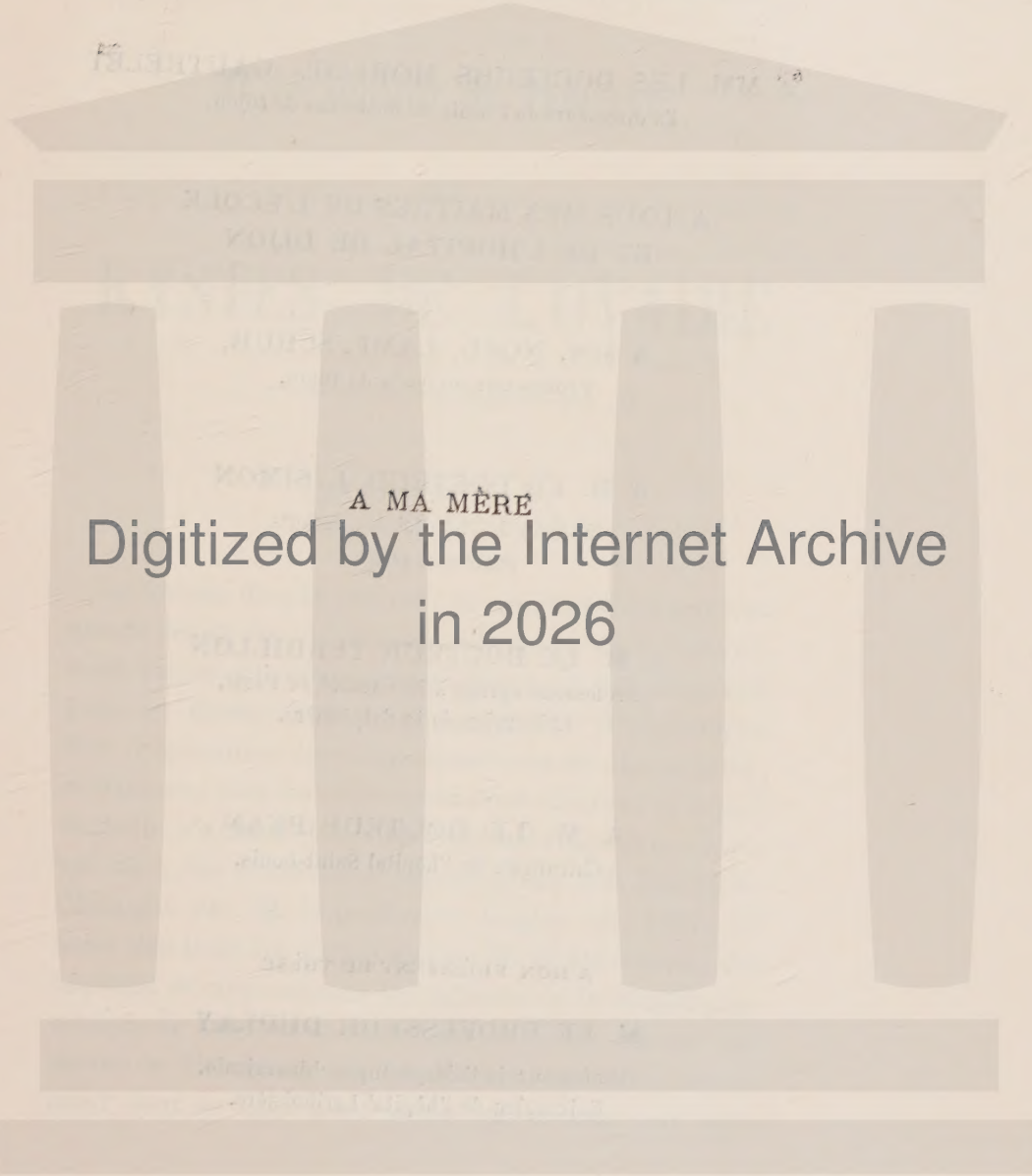
Professeurs honoraires : MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	DESSAIGNES.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	Ch. RICHEL.
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	REMY.	STRAUS.
des travaux anatomiques	KIRMISSON.	RENDU.	TERRILLON.
GARIEL.	LANDOUZY.	REYNIER.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA MÈRE
Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550214_0081

A LA MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR BRULET

Ex-directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Dijon.

A MM. LES DOCTEURS MORLOT, GAUTRELET

Ex-directeurs de l'Ecole de médecine de Dijon.

A TOUS MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE
ET DE L'HÔPITAL DE DIJON

A MM. NOEL, LAME, SCHUR,

Professeurs au lycée de Dijon.

A M. LE DOCTEUR J. SIMON

Médecin de l'hôpital des Enfants

(Externat 1885).

A M. LE DOCTEUR TERRILLON

Professeur agrégé à la Faculté de Paris,

Chirurgien de la Salpêtrière.

A M. LE DOCTEUR PÉAN

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

Professeur de thérapeutique chirurgicale,

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

DE LA TORSION DU PÉDICULE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION.

La torsion du pédicule est une complication assez fréquente des kystes de l'ovaire, elle est la source d'accidents variés et toujours graves, elle peut être diagnostiquée et donner lieu à des indications thérapeutiques bien précises dont dépend quelquefois la vie des malades ; évidemment tous les chirurgiens l'ont observée et cependant elle n'a jamais jusqu'à présent fait l'objet d'une étude spéciale ; une observation communiquée à la Société de Chirurgie par M. le professeur Duplay en 1881, un autre cas trouvé à l'autopsie par M. Folet, interne des hôpitaux et rapporté dans les bulletins de la Société anatomique de 1867, et une communication à la Société médicale de Strasbourg par M. Kœberlé en 1874, constituent tout ce que nous avons pu trouver sur cette

question dans la littérature médicale française. A l'étranger, au contraire, elle semble avoir été moins dédaignée, et elle a fourni matière à un luxe relatif de publications : rassembler toutes les observations et les différentes communications qui ont paru sur ce sujet et résumer brièvement l'histoire de la torsion, telle qu'elle ressort de l'étude de tous ces documents, tel a été le but que nous nous sommes proposé dans cette thèse inaugurale.

Nous remercions vivement M. le Dr Terrillon, agrégé de la Faculté, de nous avoir inspiré l'idée de ce travail et de la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service de la Salpêtrière.

Nous exprimons aussi toute notre reconnaissance à M. le Dr Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, de l'obligeance avec laquelle il nous a communiqué la quatrième série de ses opérations qui doivent paraître prochainement (cliniques de l'hôpital Saint-Louis, 4^e volume).

Que M. le professeur Duplay, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer l'expression de toute notre gratitude.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

L'histoire de la torsion des pédicules des kystes de l'ovaire est de date récente, elle ne remonte pas à plus d'une quarantaine d'années. La première observation de torsion du pédicule est due à Ribbentropp; on trouve également disséminée dans les diverses publications périodiques de la même époque la relation des cas observés par R. Hardy, Van Buren, Willigk et Patrubon; mais c'est en réalité Rokitansky, le célèbre professeur de Vienne, qui donna le premier une étude d'ensemble de cet accident. Dans la communication qu'il fit à ce sujet en 1860 à la Société Silésienne pour l'avancement des sciences, il en montre le mécanisme et les conséquences souvent redoutables : en effet, dans 58 autopsies de femmes mortes des suites d'un kyste de l'ovaire, il avait rencontré 8 fois le pédicule de la tumeur tordu autour de son axe. Jusque-là la torsion du pédicule n'avait guère été qu'une « trouvaille d'autopsie ». Mais les progrès de la chirurgie contemporaine, la vulgarisation de l'ovariotomie devaient nécessairement multiplier les occasions de constater cette lésion et conduire à une connaissance complète de tous les accidents qu'elle est susceptible de déterminer. Parmi les principaux chirurgiens de notre époque contemporaine qui l'ont particulièrement signalée, nous citerons :

1° M. Spencer Wells : Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus ; leur diagnostic et leur traitement (1865-1872).

2° M. Koeberlé, dans une communication faite à la Société médicale de Strasbourg le 7 mai 1874.

3° M. Thornton Knowsley, dans diverses publications : 1877, 1878, 1881, 1883.

4° M. Duplay, dans une communication faite à la Société de chirurgie le 27 avril 1881.

5° M. Freund, Mécanisme et pathologie de la rotation sur son axe du pédicule des tumeurs de l'ovaire. Commun. à la Soc. Silésienne pour l'avancement patriotique des sciences, 23 juin 1876. Guérison spontanée consécutive à la torsion. (Soc. de Berlin, 1877).

6° M. Schroeder : 1° Pièces montrant l'atrophie d'un kyste de l'ovaire survenue après une ponction, grâce à la torsion de son pédicule (Soc. méd. de Berlin, 1880). 2° Présentation d'une tumeur ovarique d'ablation laborieuse. Guérison de l'opérée : torsion du pédicule dont les vaisseaux sont oblitérés par des brides conjonctives ; circulation supplémentaire par des adhérences, lésions opératoires du péritoine ; guérison (Soc. méd. de Berlin, 1886).

7° M. Olshausen : Des tumeurs de l'ovaire.

Du reste, on trouvera plus loin une liste à peu près complète de toutes les publications qui ont paru sur cette question.

CHAPITRE II.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

Etant donné un corps sphérique représentant le kyste ovarien, fixé seulement en un point par un pédicule plus ou moins long et situé au milieu d'organes sujets à des déplacements et à des variations incessantes de volume, il est facile de concevoir la possibilité de la rotation de cette tumeur mobile autour d'un axe passant par son point fixe, et *a priori* les accidents de la torsion devraient se produire très souvent, en effet les statistiques des divers chirurgiens qui ont noté cette complication donnent les chiffres suivants :

Spencer Wells	dans 500 opérations	l'a observée	12 fois.
Schröder	— 194	—	27 —
Thornton	— 400	—	34 —
Howitz	— 56	—	13 —
Olshausen	— 322	—	21 —
Péan	— 130	—	8 —

Soit en moyenne une proportion minimum de 7 à 8 0/0.

La mobilité excessive de la tumeur, la longueur et l'élasticité du pédicule sont autant de conditions qui favorisent la torsion ; le petit volume de la tumeur paraît aussi la favoriser : on comprend en effet qu'une petite tumeur, encore contenue dans l'excavation pelvienne puisse,

pour faciliter son adaptation à la forme irrégulière de cette cavité, exécuter des mouvements de rotation autour de son axe ; on a cependant vu la torsion se produire dans des cas de tumeurs très volumineuses, comme dans l'observation de Schroeder par exemple où le kyste remontait jusqu'à la pointe du sternum.

On s'est demandé si les tumeurs des deux ovaires étaient également exposées à la torsion ; Tait pensait que la torsion était plus fréquente à droite qu'à gauche et il avait étayé sur cette observation une théorie assez ingénieuse pour expliquer la production de cet accident. Voici du reste un extrait de la communication qu'il fit à ce sujet à la Société obstétricale de Londres en 1881 et de la discussion qui suivit :

« Dans trois cas, la tumeur était située du côté droit. De l'étude de ces trois points l'auteur établit une théorie concernant la cause de la rotation qu'il attribue principalement à cette double fonction du rectum qui consiste à se remplir et à se vider alternativement. Les matières fécales descendant du rectum agiraient par leur propre poids, et cette force aurait plus d'effet dans le cas d'une tumeur siégeant à droite.

M. Spencer Wells pense qu'il était facile d'expliquer la rotation de la tumeur par des changements de position de la malade.

M. Dr Heywood Smith a eu la même idée que M. Lawson Tait sur la cause de la rotation.

M. Allan Doran dit que la théorie de Tait, en ce qui concerne la rotation, est d'accord avec ses propres idées basées sur des expériences faites à l'amphithéâtre. Que

la torsion soit progressive ou non, elle dépend de la longueur et de l'élasticité du pédicule.

M. Lawson Tait, répondant aux observations de ses collègues, dit qu'il espérait que M. Thornton et M. Wells voudraient bien publier leurs observations avec des détails. La rotation ne pourrait pas être accidentelle, si la grande majorité des tumeurs était du côté droit et si la torsion était dans une direction spécifique. »

La statistique est en désaccord avec la théorie de M. Lawson Tait : sur 19 cas, Olshausen a observé 15 fois la torsion à gauche; sur 7 cas, Frænkel l'a rencontrée 4 fois à gauche; enfin dans les 9 observations de torsion de M. Péan, il s'agissait 7 fois de kystes développés aux dépens de l'ovaire gauche. J. Weit, Röhrig, Thornton l'ont rencontrée des deux côtés avec une égale fréquence. Et en tous cas, la théorie de Lawson Tait ne pourrait s'appliquer qu'aux tumeurs de l'excavation. Il en est de même de celle qui attribue une grande influence à la saillie du promontoire; cette saillie, par l'obstacle qu'elle apporte et la résistance qu'elle oppose à la sortie de la tumeur du petit bassin, pourrait la dévier plus ou moins et lui faire exécuter une rotation.

Tous les auteurs s'accordent à considérer la torsion du pédicule comme plus fréquente dans les kystes dermoïdes de l'ovaire, et très rares dans le cas de kystes parovariens. Les tumeurs solides de l'ovaire elles-mêmes ne sont pas exemptes de cette complication; elle se produit du reste sous l'influence des mêmes causes et s'accompagne des mêmes accidents; M. Gerhard Léopold (Leipzig) en a cité plusieurs exemples.

Les causes occasionnelles de la torsion, celles qui ont été notées dans les observations, se réduisent à quatre ou cinq.

1° La grossesse. Plusieurs fois la rotation du kyste est survenue dans le cours de la grossesse et pendant l'état puerpéral : il y a là plus qu'une simple coïncidence et le développement de l'utérus peut entraîner le kyste et lui faire exécuter un certain degré de rotation.

2° La ponction du kyste. Dans plusieurs cas la torsion a succédé à une ponction du kyste et à une évacuation partielle ou totale de son contenu. Schröder rapporte même le cas très intéressant de l'atrophie d'un kyste de l'ovaire, survenue après une ponction, grâce à la torsion de son pédicule : c'est en opérant par la laparotomie un kyste développé du côté opposé, du côté droit, que l'on trouva les restes d'un kyste de l'ovaire gauche qui avait été ponctionné une seule fois dix ans auparavant. Cette tumeur du côté gauche, atrophiée, présentait un pédicule tordu d'une demi-circonférence, et était constituée par deux kystes : l'un, renfermant un liquide fluide, jaunâtre, l'autre, rempli par une masse comparable à la moutarde. (Berlin Klin. Wochensch., 29 nov. 1880.)

L'observation II de M. Péan nous fournit aussi un bel exemple de torsion survenue après la ponction.

D'où la nécessité pour le médecin qui aura pratiqué la ponction d'un kyste ovarique de condamner la malade au repos absolu pendant plusieurs jours et d'établir, point capital, une compression méthodique de l'abdomen avec une bonne couche d'ouate et une ceinture de flanelle. Pour plus de précaution, comme le recommande M. Ter-

rier, et dans le but d'obtenir une immobilisation aussi parfaite que possible de la malade, cette ceinture de flanelle est passée sous les reins avant de donner le coup de trocart.

3^e Enfin le traumatisme, les changements de position de la malade. Pour M. Spencer Wells, cette dernière cause suffirait pour produire la torsion. Dans l'observation de Patruban, la torsion s'est produite à l'occasion d'un faux pas.

Frænkel, dans son intéressante étude sur l'anatomie et la pathologie des organes génitaux de la femme, rapporte qu'il a vu plusieurs fois la rotation de la tumeur être la conséquence d'un examen médical prolongé, d'une palpation un peu brutale de l'abdomen ; mais pour ce chirurgien, la condition la plus fréquente prédisposant à la torsion du pédicule résiderait dans un accroissement inégal, irrégulier, de la tumeur et aussi dans les adhérences qu'elle pourrait contracter avec les organes du voisinage.

CHAPITRE III

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

L'ovaire à l'état normal est situé dans l'aileron postérieur du ligament large, au milieu d'un tissu cellulaire lâche entre deux feuillets du péritoine, il est rattaché à l'utérus par trois ligaments.

1° Par le ligament de l'ovaire, cordon de 35 millim. de long, essentiellement constitué par des fibres musculaires qui se continuent en dedans avec celles de la face postérieure de l'utérus, en dehors avec l'extrémité interne de la glande.

2° Par le ligament de la trompe, constitué par l'une des franges du pavillon.

3° Par le ligament rond postérieur signalé et décrit par M. Ronget.

Il reçoit des branches artérielles émanées de l'artère utéro-ovarienne; ces rameaux artériels sont très flexueux, disposés en tire-bouchons et anastomosés entre eux. Les veines accompagnent les artères et sont également remarquables par leur multiplicité et l'ampleur de leur calibre; les lymphatiques constituent aussi un réseau très riche. Les nerfs émanent du plexus ovarique qui lui-même tire son origine de trois sources différentes : du plexus solaire, du plexus rénal et du plexus lombo-aortique.

Lorsque l'ovaire devient le siège d'une dilatation kys-

tique, toutes ces parties qui touchent à cet organe et qui lui sont subordonnées : ligament large (aileron postérieur), ligaments de l'ovaire, trompe, vaisseaux, lymphatiques et nerfs, s'hypertrophient (obs. III) au moins dans la première période de l'évolution du kyste et constituent le pédicule de la tumeur. C'est le seul lien qui rattache le kyste au reste de l'organisme, et qui lui sert, au moins pendant les premières périodes de son évolution, à la fois de moyen de fixité et de moyen de nutrition. Lorsque la tumeur ovarique a pris un certain développement, la trompe perd sa direction sinueuse et la partie la plus externe du ligament large forme une bande étroite étendue entre le bassin et l'ovaire, tandis qu'à l'état normal, elle se divise en deux segments : l'une, allant du pavillon de la trompe au bassin (ligamentum infundibulo-pelvicum de Henle); l'autre, allant du pavillon à l'ovaire (ligamentum infundibulo-ovaricum).

Le pédicule, ainsi formé en dehors par la partie externe du ligament large, en dedans, par le ligament de l'ovaire et entre les deux par la trompe qui fait saillie sur la face antérieure, peut devenir en apparence double lorsque sous l'influence d'une tension exagérée il se produit une perte de substance dans sa partie centrale mince : la trompe et le ligament de l'ovaire forment alors un des piliers, tandis que l'autre est formé par le bord externe du ligament large. Les vaisseaux ne sont pas disséminés dans toute l'épaisseur du pédicule; ils occupent sous forme de faisceaux le bord externe correspondant au ligamentum infundibulo-pelvicum. On en trouve aussi assez fréquemment avec des ramifications nerveuses à la partie interne, un peu

en dedans du ligament de l'ovaire ; les veines sont plus disséminées. Le pédicule peut affecter des formes et des dimensions diverses ; il peut être long ou court, large ou étroit. Ces différences peuvent tenir à diverses causes : en premier lieu, à la traction variable exercée par le kyste sur son pédicule, à la longueur aussi variable de la ligne d'insertion de l'ovaire, enfin à la participation plus ou moins complète que les annexes de l'utérus peuvent prendre à son développement.

Ce résumé rapide de l'anatomie normale de l'ovaire et de ses accessoires, de l'anatomie pathologique du pédicule des kystes ovariques posés, voyons maintenant quelles sont les modifications produites dans le pédicule et aussi dans la tumeur par la torsion

Le plus souvent, le pédicule tordu a été un pédicule long, il a été naturellement raccourci par la torsion, il est volumineux, gros et présente un aspect œdématisé. On remarque à sa surface, au delà de la torsion, du côté du kyste, des dilatations veineuses souvent énormes, très flexueuses ; on y a souvent observé des varices lymphatiques (obs. VIII), surtout au voisinage du hile, là où à l'état normal on trouve ce réseau lymphatique très riche qui a été regardé par certains auteurs comme l'ébauche d'un ganglion lymphatique. Ce pédicule gros se rencontrera préférentiellement dans les cas où le kyste a encore contracté des adhérences peu étendues avec les organes voisins et où le pédicule constitue encore la source la plus importante de ses moyens de nutrition. Lorsque, au contraire, le kyste est largement irrigué par les vaisseaux des adhérences qui l'unissent aux viscères voisins et que le pédicule

a été réduit avant la torsion à un rôle secondaire, on pourra le trouver allongé, petit, maigre, atrophié.

Le nombre des tours effectués par le pédicule autour de son axe est variable : ordinairement, on en compte de un à trois ; dans certains cas, on l'a trouvé tordu jusqu'à cinq à six fois sur lui-même.

La direction suivant laquelle s'effectue la rotation est aussi variable, tantôt de dehors en dedans, tantôt de dedans en dehors, et les observations dans lesquelles on trouve noté le sens de la torsion sont trop rares pour qu'on puisse en tirer des déductions quelconques.

Les rapports qu'affectent entre elles les différentes parties constituantes du pédicule se sont conservés : dans la torsion de dedans en dehors qui paraît la plus fréquente, la trompe s'est portée de la partie antérieure à la partie externe et souvent postérieure du pédicule ; dans la rotation de dehors en dedans on la voit se contourner en dedans du pédicule.

Le pédicule tordu présente ou bien la simple coloration rouge vineuse de la congestion passive ou bien, quand la torsion a été assez énergique pour intercepter complètement la circulation, il offre cette couleur grisâtre, feuille morte, caractéristique de la gangrène. Même quand la compression n'a pas été suffisante pour amener une gangrène consécutive, on a toujours noté une friabilité excessive des tissus (obs. XI). M. Péan insiste beaucoup sur ce point : « tous ces pédicules tordus sont petits et friables, de sorte qu'en enlevant la tumeur il faut redoubler de soins pour ne pas les arracher, les fixer avec les pinces hémostatiques courbes destinées à faire l'hémostase pré-

ventive et ne pas serrer trop brusquement les ligatures parce qu'ils sont sécables. »

Mabins rapporte un cas où la tumeur s'était détachée de son pédicule à la suite d'un examen médical, d'une simple palpation des parois abdominales, pratiquée cependant avec une grande douceur, de sorte que dans une autopsie, on pourra trouver comme conséquence de la torsion une séparation complète de la tumeur de ses attaches à l'utérus.

On constatera le plus souvent dans le pédicule les modifications suivantes : une infiltration séro-sanguinolente du pédicule, et la torsion des vaisseaux et des nerfs. Les veines par suite de leurs parois moins résistantes et de leur disposition en sinus faisant corps avec le pédicule ressentiront les premières, l'effet de cette torsion ; elles seront oblitérées en partie ou en totalité. Dans une observation de Freund, on a noté des brides fibreuses dans leur intérieur, vestiges de la phlébite qui avait existé pendant la vie. Parallèlement à cette obstruction veineuse, les lymphatiques, leurs auxiliaires pour la circulation en retour, s'obturent également ; cette gêne dans le retour du sang de la tumeur dans la circulation générale coïncidant avec la libre entrée du sang artériel ou du moins, avec un abord relativement facile du sang artériel entraînera forcément une congestion passive dans toute la tumeur avec toutes ses conséquences : œdème, hémorrhagies et même mortification.

Mais souvent la torsion est assez énergique pour amener l'obstruction complète du calibre des vaisseaux artériels eux-mêmes ; il en résulte une anémie de la tumeur,

qui dans certains cas exceptionnels où la tumeur, devenue corps étranger, ne suscite pas de réactions trop violentes de la part de l'organisme, peut être suivie d'atrophie, de régression, de dégénérescence graisseuse ou calcaire, enfin de la disparition du kyste. Dans les cas où on a pu observer des kystes ainsi atrophiés on a trouvé des parois épaissies, calcifiées et dans leur cavité un liquide boueux, de couleur brunâtre foncée.

La torsion du pédicule du kyste ovarique amène dans le kyste lui-même des altérations anatomiques diverses et variables avec le degré de la torsion. A un premier degré, lorsque la torsion devient simplement une cause de gêne dans la circulation veineuse et lymphatique, il se produit une congestion générale des parois du kyste avec exsudation séro-sanguine; cette congestion peut être assez intense pour entraîner la rupture de capillaires et une extravasation de sang à l'intérieur du kyste, dans ses parois et dans le péritoine (obs. de M. Heurtaux, obs. V de Péan); la surface interne du kyste est parfois tapissée par une couche de sang coagulé, semblable aux colonnes charnues du cœur ou encore aux stratifications des vieilles hématoécèles vaginales (obs. II-VII).

Dans ce cas, il y a toujours augmentation subite du volume de la tumeur et quand on a l'occasion de faire un examen microscopique à cette période, on trouve le contenu liquide du kyste coloré par du sang, et spontanément coagulable à l'air libre; les parois du kyste ecchymotique présenteront des éraillures (obs. XIV de M. Heurtaux), et souvent sur ces déchirures on constatera des dépôts fibrineux. Plus tard, par suite des alté-

ractions de la matière colorante du sang, de l'hématine, le liquide intra-kystique changera de couleur, et ne sera plus franchement hémorrhagique : il deviendra brunâtre, analogue à du chocolat, verdâtre, jaunâtre à mesure que l'hématine sera résorbée.

Les dépôts fibrineux, déposés à la surface externe du kyste, s'ils sont juxtaposés à deux surfaces séreuses immobiles, se seront décolorés, organisés et, au bout de deux ou trois mois, constitueront de véritables fausses membranes. On constatera aussi des néo-membranes, reliquat de la péritonite adhésive qui suit toujours la torsion. L'hémorrhagie intra-kystique est une conséquence à peu près constante de la torsion du pédicule, elle a toujours été notée dans les observations.

Aussi, lorsque dans une ponction exploratrice d'un kyste ovarique, on a obtenu un liquide hématique, s'il est possible d'éliminer les autres causes des hémorrhagies intra-kystiques telles que le trauma, les inflammations et les néoplasmes, on peut affirmer le diagnostic de torsion du pédicule.

L'hémorrhagie consécutive à la torsion est quelquefois si abondante qu'elle a pu directement entraîner la mort avec ou sans rupture du kyste.

Lorsque sous l'influence d'un mauvais état général, la péritonite a suppuré, on constatera les lésions ordinaires de la péritonite suppurée : adhérences multiples infiltrées de pus jaunâtre entre les différents viscères de l'abdomen, liquide purulent dans la cavité péritonéale.

Si la circulation a été entièrement interceptée dans le

pédicule, et que la réaction inflammatoire du péritoine n'ait pas été trop violente, on trouvera le kyste atrophié, perdu au milieu des fausses membranes et ne faisant qu'un seul tout avec les organes voisins; le pédicule dans ces conditions est souvent difficile à reconnaître; dans les cas de kystes dermoïdes, on constatera le ratatinement de la tumeur à la face interne de la paroi kystique, la couleur de la peau d'un fœtus macéré dans la cavité utérine, avec chute de l'épiderme dans le liquide kystique.

Cette mortification du kyste après la torsion du pédicule est plus fréquente au début de la tumeur, lorsqu'elle n'a pas encore eu le temps de contracter des adhérences avec les organes voisins, lorsque, en un mot, elle n'est pas encore pourvue d'une voie sanguine supplémentaire. Aussi ces cas de gangrène sont plus fréquents dans le cas de tumeurs petites.

Une autre éventualité possible dans le cas de rupture complète du pédicule, consistera dans la greffe de la tumeur sur les organes voisins par l'intermédiaire de ses adhérences. On a vu des tumeurs se greffer ainsi sur l'épiploon, le mésentère, l'intestin, avec quelques signes de péritonite, présenter tout d'abord un petit temps d'arrêt dans leur accroissement, puis ne pas tarder à reprendre leur évolution et à continuer à augmenter de volume.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES — MARCHÉ — TERMINAISON

La torsion du pédicule des kystes ovariens débute, en général, d'une façon brusque; tout d'un coup, sans cause apparente ou à l'occasion d'un simple mouvement, la malade est prise d'une douleur de ventre excessivement intense, localisée tout d'abord dans la tumeur et plus spécialement au niveau de son pédicule, dans la région ovarienne correspondant à l'ovaire devenu malade. Cette douleur, assez semblable aux coliques hépatiques ou néphrétiques, ne tarde pas à se généraliser et à s'irradier comme ces dernières dans divers sens caractéristiques; c'est ainsi qu'elle se fait sentir spécialement dans les reins du côté correspondant à l'ovaire kystique, et dans la cuisse du même côté. En outre, on ne tarde pas à constater du ballonnement du ventre, un peu de tympanisme.

Des symptômes généraux d'une violence extrême se montrent aussi très rapidement; ce désordre local en apparence si minime produit par la torsion, retentit sur tous les appareils de l'organisme : la malade, tout à coup, éprouve un malaise inexprimable; elle est prise d'une anxiété extrême (observ. X); la respiration gênée, par suite des mouvements douloureux du diaphragme,

prend le type costo-supérieur; le pouls s'accélère et se rapetisse par degrés; il survient des nausées, puis des vomissements muqueux, bilieux, parfois fécaloïdes en dehors de toute obstruction intestinale; le faciès s'altère, devient grippé, la surface cutanée prend l'aspect chair de poule et se couvre de sueur visqueuse et froide; les extrémités se cyanosent et se refroidissent progressivement, enfin la mort peut survenir dans le collapsus.

Tous ces symptômes si graves doivent être rattachés au seul fait mécanique de la torsion et n'ont rien à voir avec la péritonite qui n'existe pas encore.

Mais comment comprendre qu'une si petite lésion, la torsion du pédicule, puisse éveiller un si grand nombre de sympathies et susciter un cortège de symptômes si effrayants?

Il suffit pour cela de rappeler ce fait bien connu que les irritations les plus légères et les plus superficielles, mais brusques des organes, spécialement dans la région du plexus solaire sont capables de provoquer les désordres généraux les plus graves, alors que des lésions des mêmes tissus plus profondes, mais développées lentement et progressivement seraient restées latentes; or, l'ovaire reçoit des filets nerveux du plexus solaire; l'anatomie pathologique nous a même montré que ces nerfs, comme toutes les parties constituant le pédicule, s'hypertrophient, en même temps que le kyste se développe; dans un cas, Schröder a trouvé dans le pédicule un nerf qui avait acquis le volume du radial; du reste, il y a longtemps que les chirurgiens attribuent les symptômes nerveux analogues à ces premiers accidents de

la torsion, le schock et la mort rapide qui survinrent quelquefois après l'ovariotomie à des réflexes ayant pour point de départ le pédicule.

M. Thiriar, dans ses expériences sur des chiennes, est parvenu à reproduire les mêmes phénomènes, en agissant directement sur le plexus ovarique. Dans les autopsies de femmes qui avaient succombé dans le cours de ces premiers accidents de la torsion, on n'a rien trouvé ou tout au plus un peu de congestion localisée au niveau du pédicule, lésion tout à fait insuffisante pour expliquer la mort. Tout concourt donc à faire admettre le péritonisme, c'est-à-dire « cet ensemble des phénomènes graves et souvent mortels qui viennent compliquer la péritonite ou plutôt les lésions quelconques des organes tapissés par le péritoine ». — Et ici comme dans les cas de pincements ou d'irritation quelconque du péritoine ou de l'épiploon qui ont servi à Gübler pour étayer sa théorie, on pourra observer les deux formes qu'il a décrites; tantôt on observera des phénomènes de dépression, syncope, etc., — tantôt des phénomènes d'excitation, convulsions, etc., et la mort surviendra quelquefois rapidement dans l'une comme dans l'autre forme.

Mais la torsion ne s'exerce pas seulement sur les rameaux nerveux du pédicule, elle agit aussi sur les vaisseaux : artères, veines et lymphatiques; la gêne circulatoire et ses conséquences, congestions et hémorrhagies ou anémies qui en résultent pourront acquérir une telle importance que toute la symptomatologie en sera influencée. L'hémorrhagie intra-kystique a été quelquefois assez considérable pour produire une anémie aiguë rapi-

dement mortelle. M. Spencer Wells a eu l'occasion d'observer deux cas de mort par hémorrhagie produite par ce mécanisme : « Un jour, dit-il, j'arrivais à Brixton avec M. Fowler de Kensington pour opérer une jeune dame quand on m'apprit qu'elle venait de mourir subitement deux heures avant notre arrivée. L'examen nécroscopique montra que la mort était due à une vaste extravasation sanguine, qui s'était faite d'abord dans le kyste ovarien, puis après la rupture de ce dernier dans la cavité abdominale et qui était évidemment due à la torsion du pédicule produite par la rotation du kyste non adhérent. Une autre fois, j'allais à l'hôpital des incurables de Putney pour y voir une malade, selon le désir de M. Créan; elle avait été trouvée morte le matin dans son lit. Malgré le règlement de l'établissement, j'ouvris l'abdomen et enlevai un kyste ovarique volumineux, mobile, qui contenait plus de cinq livres de caillots sanguins. L'hémorrhagie avait été causée par la torsion d'un long pédicule. »

Dans l'observation de Patruban, la malade mourut également d'anémie aiguë quatre heures après le début des accidents.

A un degré moindre et n'entraînant pas la mort, l'hémorrhagie peut être assez abondante pour produire une anémie profonde accompagnée de quelques symptômes abdominaux et réclamer encore une intervention prompte. Tel le cas encore rapporté par M. Spencer Wells : « Une dame de Moscou vint à Londres en mai 1879, après un voyage qu'elle avait été obligée d'interrompre à Berlin où elle avait été prise de douleurs abdominales intenses

et de vomissements. Elle avait 24 ans, s'était mariée en janvier 1873, avait eu son premier enfant au mois de novembre suivant, avait avorté en 1875, 76, 77 et avait eu un deuxième enfant en octobre 1878.

« En 1876, avant son deuxième avortement, elle avait constaté la présence d'une tumeur de la grosseur du poing du côté gauche de l'abdomen. Après l'avortement, celle-ci atteignit le volume d'une tête d'enfant et resta ainsi stationnaire pendant les autres grossesses. Le dernier accouchement avait été normal, mais l'abdomen avait continué à augmenter de volume quand elle quitta Moscou pour venir me consulter. Elle resta donc une semaine à Berlin par suite de l'attaque dont j'ai parlé plus haut et qui était due, selon moi, à une torsion du pédicule.

« A son arrivée à Londres, les douleurs et les vomissements avaient reparu. Elle était extrêmement faible et tellement pâle et exsangue que, sans perdre de temps, je l'opérai trois jours après son arrivée. Je trouvai, comme je m'y attendais, une grande quantité de caillots dans un kyste en état de décomposition et un pédicule étroit, cordiforme, tellement tordu qu'il en était presque rompu. Il n'y avait pas de fétidité. Des adhérences récentes à l'épiploon et aux anses intestinales étaient les sources de l'apport du sang à la tumeur qui siégeait à l'ovaire gauche. L'ovaire droit, hypertrophié et kystique, fut également enlevé ; la malade guérit sans fièvre, reprit ses couleurs et m'envoya dernièrement son portrait colorié pour me montrer la différence entre la pâleur livide

qu'elle présentait au moment de l'opération et l'aspect de bonne santé qu'elle possède maintenant. »

Il est un autre mode de début à marche bien singulière et bien curieuse sur lequel MM. Thornton et Olshausen ont attiré l'attention : c'est le mode de début sous forme d'accès intermittents ou rémittents, c'est-à-dire qu'un accès de péritonisme ou de péritonite survient tout d'un coup comme précédemment, dure quelques heures, puis se dissipe aussi subitement pour revenir plus tard, sous une forme de plus en plus grave jusqu'à un dernier accès définitif et durable.

Thornton a observé chez une femme de 26 ans, six mois avant la torsion définitive, des accès douloureux violents survenus deux jours avant la menstruation ; ces douleurs se renouvelèrent à chaque menstruation ; le sixième accès fut d'une intensité extrême et ne présenta plus la rémission complète qui suivait les précédents.

Olshausen a observé un cas tout à fait semblable : il s'agissait d'une femme de 30 ans qui, deux jours avant ses règles, ressentit des douleurs abdominales extrêmement violentes qui la forcèrent à se mettre au lit. Le mois suivant, nouvel accès de douleurs, et cette fois encore plus intenses ; les douleurs furent accompagnées de vomissements et de fièvre ; l'état général s'altéra rapidement ; la malade ne quitta plus le lit ; le moindre mouvement provoquait une exacerbation de ses souffrances ; il survint de la diarrhée, des sueurs nocturnes et elle tomba rapidement dans le dernier degré du marasme ; c'est dans ces conditions que l'ovariotomie fut pratiquée. Le kyste pesait 10 kilog. et présentait de larges adhérences, en

particulier avec l'intestin. Le pédicule présentait une torsion d'une circonférence. La malade guérit (tumeurs des ovaires).

L'observation XII, de M. Koeberlé, est aussi un type de ce mode de début procédant par accès rémittents.

On peut faire deux hypothèses pour expliquer ces accès de douleurs : ou bien il faut admettre qu'une sorte d'accoutumance succéderait à une première torsion très légère, et que cette torsion s'accentuerait de plus en plus à chaque accès, ou bien on peut supposer encore plus vraisemblablement que la torsion se produit à un faible degré, et que le kyste qui a conservé toute sa mobilité, reprend au bout de quelques minutes ou de quelques heures sa position primitive aussi facilement qu'il s'était déplacé. Qu'un kyste, après avoir subi ainsi un léger mouvement de rotation autour de l'axe passant par son pédicule, puisse ainsi reprendre sa situation première, Olshausen ne le met pas en doute ; ce chirurgien a eu l'occasion, dans deux ovariectomies, de constater toutes les lésions qui succèdent ordinairement à la torsion : couleur grisâtre des parois du sac et du pédicule, consistance friable de ce dernier, thrombose des vaisseaux, contenu sanguin du kyste, et cependant le pédicule ne présentait pas la torsion qu'on s'attendait à rencontrer. Pour M. Olshausen, cela ne fait aucun doute ; la torsion avait existé, seulement elle s'était détruite spontanément avant l'opération.

A cette première phase, des accidents immédiats produits par la torsion du pédicule, des kystes ovariques, peut succéder une deuxième phase, non moins grave, correspondant à la réaction du péritoine, à l'inflammation

de cette séreuse, et alors on pourra rencontrer tous les degrés de péritonite, depuis la péritonite légère, localisée au petit bassin, au pourtour de la tumeur et se terminant par adhérences, jusqu'à la péritonite la plus aiguë accompagnée de son cortège habituel de symptômes : frissons, fièvre, vomissements porracés, hoquet, douleurs extrêmes du ventre, tympanisme, dyspnée, petitesse et fréquence du pouls, cyanose et refroidissement des extrémités, et entraînant le plus souvent une mort rapide. Dans tous les cas, lorsque l'examen de la tumeur sera possible par le palper, on pourra constater une augmentation de tension de son contenu, une dureté plus grande et une augmentation de volume.

Quelquefois les accidents généraux produisent un état d'empoisonnement, une espèce de septicémie, d'infection qui dépend probablement de la mortification, de la gangrène du kyste privé de ses moyens de nutrition, et là mort dans ces cas peut être très rapide si on n'intervient pas à temps par l'ovariotomie.

Les observations rapportées par Lawson Tait à la Société obstétricale de Londres, dans la séance du 27 mars 1830, sont, d'après ce chirurgien, des exemples très remarquables de cette forme septicémique à marche rapide des accidents de la torsion.

« Trois cas furent traités par l'ovariotomie immédiate. Le premier cas de l'espèce, observé par l'auteur, se rapporte à une femme âgée de 48 ans, qu'il avait opérée d'une hernie fémorale étranglée vraisemblablement depuis deux jours. La malade mourut en cinq jours. L'autopsie révéla une petite tumeur de l'ovaire qui n'avait point été

rencontrée pendant la vie. Elle était noire et gangrenée par suite de la torsion du pédicule. Sur les trois autres cas rapportés à la Société obstétricale de Londres, le premier était celui d'une femme de 46 ans. En mars dernier, l'auteur avait diagnostiqué une petite tumeur monokystique probablement parovarienne. Le 9 juin, la malade revient consulter de nouveau. La tumeur avait beaucoup grossi et produisait des douleurs abdominales aiguës. L'ovariotomie fut immédiatement pratiquée, et l'auteur constata que le kyste était d'un noir perlé adhérent de tous points à une lymphé récente. Le pédicule était tordu trois ou quatre fois. La malade guérit sans aucune rechute, bien que l'on n'eût employé aucune précaution listérienne ; le deuxième cas se rapporte à une femme âgée de 30 ans qui avait remarqué un embonpoint graduel depuis neuf mois. Subitement, le 6 novembre, elle ressentit des douleurs violentes dans l'abdomen, suivies d'incessantes malaises. On pratiqua l'ovariotomie le 17 novembre et on prit toutes les précautions listériennes. La tumeur était d'un rouge foncé, friable et universellement adhérente par de récentes adhérences. L'hémorrhagie fut arrêtée par une application de perchlorure de fer. Le pédicule était tordu deux fois. La malade guérit. Le troisième cas était celui d'une femme âgée de 36 ans qui n'avait pas eu ses règles depuis dix-sept semaines, mais qui avait remarqué un développement trop rapide de l'abdomen pour qu'on pût penser à une grossesse ordinaire. Des douleurs abdominales aiguës, suivies de malaise, se déclarèrent le 11 novembre.

L'ovariotomie fut immédiatement pratiquée. On recon-

nut, à l'inspection de l'utérus, qu'il s'agissait d'une grossesse au quatrième mois ; la tumeur était constituée par un kyste parovarien du côté droit et d'un noir perlé ; le pédicule était tordu trois fois. Les précautions listériennes furent prises et la malade obtint une guérison rapide. On n'observa aucun symptôme de fausse couche.

M. Kungwsky Thornton relate plusieurs cas dans lesquels, en pratiquant l'ovariotomie, il avait trouvé la tumeur gangrenée par la torsion du pédicule. Il convient, avec l'auteur, que l'ovariotomie doit être immédiatement pratiquée quand des symptômes conduisent à soupçonner l'existence d'un semblable état. Dans quelques cas cependant la tumeur gangrenée, étant débarrassée de toute influence septique, restait pendant un temps considérable sans aggravation.

M. Spencer Wells. On a souvent trouvé quelques torsions sans pour cela que la gangrène se soit manifestée. Il a vu deux malades qui moururent subitement d'hémorrhagie considérable qui s'était produite à l'intérieur du kyste, bien qu'il n'y ait pas eu de rupture ; les pédicules ont été trouvés tordus. L'année dernière il a extrait, par l'ovariotomie, un kyste gangrené par la torsion du pédicule, et que l'on avait supposé être de nature maligne à cause de la pâleur de la malade. Elle guérit parfaitement.

Le Dr Bantk a récemment rencontré deux cas dans lesquels on trouva de petites tumeurs ayant les pédicules tordus. Les deux tumeurs étaient adhérentes et les deux malades avaient été prises de douleurs subites suivies de péritonite. Il croyait que la torsion ne produisait aucun

symptôme, mais que la douleur indiquait la rupture d'un vaisseau sanguin.

Le D^r Heywood Smith pense que non seulement l'ovariotomie doit être pratiquée aussitôt qu'il est possible de diagnostiquer l'étranglement d'une tumeur de l'anus : mais, étant donnée une tumeur de cette sorte, l'opération doit être faite alors qu'il n'y aurait pas de douleurs. »

Lorsque les malades ont traversé tous ces accidents aigus si redoutables de la torsion, elles entrent dans la phase chronique de leur maladie pendant laquelle elles seront tourmentées continuellement par des douleurs de ventre extrêmement pénibles, par de la gêne qui les rend souvent impropres à tout travail ; elles seront souvent obligées de garder le lit, puis surviendra de l'amaigrissement, des œdèmes ; enfin, elles prendront l'aspect complet des cachectiques, sans en excepter le teint jaune-paille, regardé comme caractéristique d'un néoplasme malin. Cet aspect a même pu en imposer dans certains cas ; Thornton et Olshausen ont opéré chacun une malade arrivée à cette période des accidents produits par la torsion qui avait été prise pour une cancéreuse.

D'autres fois, dans le cas de suppuration chronique du kyste et du péritoine environnant, on observera les symptômes qui caractérisent toutes suppurations lentes des organes du bassin (observ. IV), tels que l'amaigrissement considérable, des petits frissons survenant en général vers le soir, une élévation de la température, des sueurs profuses, des douleurs et surtout des élancements intermittents au niveau de la tumeur.

En résumé tous les accidents consécutifs à la torsion du pédicule peuvent être divisés en trois périodes.

1° Une période qui suit immédiatement la torsion et dans laquelle tous les symptômes qu'on observe, péritonisme et anémie aiguë, peuvent être rapportés directement au fait mécanique de la torsion : irritation nerveuse et hémorrhagies ;

2° Une deuxième période caractérisée par des phénomènes de réaction : péritonite et septicémie ;

3° Enfin une troisième qui correspond à des accidents éloignés et chroniques dans leur évolution : péritonite chronique adhésive ou suppurée.

Terminaison. — La terminaison de ces divers accidents sera très variable, et elle dépendra de leur nature et du caractère de gravité qu'ils auront présenté ; ils ne parcoureront pas fatalement les trois phases que nous avons indiquées un peu schématiquement. Les accidents pourront s'arrêter à l'une quelconque d'entre elles et le kyste continuera son évolution comme auparavant. On a même cité des cas extrêmement favorables dans lesquels la torsion avait été suivie d'une régression de la tumeur qui avait fini par s'atrophier et par disparaître complètement ; la torsion avait été la cause de la guérison dite spontanée de la tumeur. Olshausen a observé un cas de cette guérison spontanée : la tumeur, au moment de la torsion, atteignait le volume d'une grossesse de six mois. Six mois après, elle ne présentait plus que le volume d'une tête d'enfant et depuis elle est restée stationnaire.

Freund, Weit citent également plusieurs exemples

de ces guérisons consécutives à la torsion du pédicule. Breisky en rapporte aussi un cas très intéressant dans le *Wien. med. Pr.* (XXIII, 1882, page 601). Il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire qui avait été examinée à plusieurs reprises et qui remontait au-dessus de l'ombilic à peu près à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde. Après un accès de douleur très violent, qui dura plusieurs heures, la tumeur, qui s'était tout d'abord légèrement accrue, ne tarda pas à diminuer. Neuf mois après l'accès douloureux, elle avait encore le volume d'une tête d'enfant et cinq à six ans plus tard, elle ne présentait plus que le volume d'un œuf.

Mais ces guérisons consécutives à la torsion du pédicule, sont exceptionnelles, et il ne faudrait pas trop compter sur une issue aussi favorable dans la plupart des cas. La mort arrive le plus souvent et, il faut bien le dire, c'est la terminaison la plus commune de la maladie. Elle peut survenir à toutes les périodes ; dans la première période, si les phénomènes de péritonisme et d'anémie aiguë sont très marqués, elle se produira rapidement.

La mort aura lieu aussi très rapidement dans la deuxième période à la suite de péritonite aiguë ou de septicémie.

Enfin à la troisième période, les malades seront encore exposées à succomber dans le marasme consécutif aux progrès de la cachexie.

On doit encore, pour être complet, signaler deux conséquences possibles de la torsion, très rares il est vrai, mais qui ont été observées et suivies de mort : l'obstruction intestinale et l'embolie pulmonaire.

Pour comprendre la possibilité du premier accident, il suffit de supposer l'existence d'adhérences entre le kyste et l'intestin avant la torsion ; dans ces conditions, l'intestin est obligé de prendre part à la rotation exécutée par la tumeur ; il peut en résulter une diminution de son calibre et une gêne plus ou moins considérable dans le cours des matières, gêne qui peut aller jusqu'à l'obstruction complète. Hardy, Günther ont observé des cas de cette nature qui se sont terminés par la mort. L'embolie pulmonaire résulte toujours de la migration d'un caillot sanguin, ayant pour point de départ les veines utérines ; il n'est pas nécessaire, pour expliquer cette coagulation, d'invoquer l'état spécial du sang chez les femmes atteintes de kystes ovariens, ni la compression exercée par la tumeur (Thèse de Paris, 1882, Legrand), ces veines se trouvant plongées dans une atmosphère de tissus enflammés, rien d'étonnant à ce qu'elles s'enflamment à leur tour, que le sang qu'elles renferment se coagule et qu'à un moment donné un fragment de ce caillot se détache et aille former une embolie pulmonaire. Olshausen a eu un cas de mort par embolie même après l'ovariotomie ; pour expliquer cette terminaison fatale, il admet le mécanisme de l'embolie ayant pris naissance dans les veines du pédicule.

CHAPITRE V.

PRONOSTIC.

D'après cet exposé des différents accidents consécutifs à la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire, et des diverses terminaisons qui peuvent se présenter, on voit combien le pronostic d'une semblable complication sera variable, puisqu'il peut être dans certains cas très favorable (guérison), et dans d'autres très grave (mort subite). Il variera avec la nature des accidents et se confondra avec celui de la maladie qui a succédé à la torsion : péritonisme, hémorrhagie, péritonite aiguë, subaiguë, chronique, etc.

En général, le pronostic est toujours sérieux, même dans les cas relativement favorables, où la péritonite reste partielle et localisée au pourtour de la tumeur. Ces péritonites en effet sont suivies d'adhérences souvent très étendues entre le kyste et les organes voisins : épiploon, intestins, vessie, etc., d'adhérences souvent très vasculaires qui constitueront de grandes difficultés plus tard lorsqu'il s'agira d'opérer ces malades ; de plus, tous les chirurgiens ont remarqué que ces kystes à pédicule tordu étaient très friables surtout dans le voisinage du pédicule, ce qui constitue encore un inconvénient et peut devenir la source de complications pour l'ovariotomie si on la pratique trop

tard et si on ne prend pas toutes les précautions nécessaires : toutes les malades de M. Péan avaient eu, pendant les mois qui ont précédé l'opération, des accès de péritonite plus ou moins violents et plus ou moins répétés ; chez toutes il existait ou des adhérences anciennes, fibreuses, très solides, d'une dissection longue et difficile ou bien des adhérences plus récentes, molles, souvent très vasculaires et saignant abondamment ; dans plusieurs cas (obs. II.) le kyste était très friable, surtout au voisinage de son pédicule.

CHAPITRE VI.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic comprend deux points :

1° Le diagnostic du kyste de l'ovaire ;

2° Le diagnostic de la torsion du pédicule.

Le premier ne devrait point nous préoccuper ; cependant, comme la torsion a été souvent le premier signe d'une tumeur du bassin que ni la malade ni son médecin n'avaient soupçonnée jusqu'alors, ces deux diagnostics sont si intimement liés l'un à l'autre qu'ils se font simultanément.

Lorsqu'un médecin est appelé auprès d'une de ses malades qu'il sait atteinte d'un kyste de l'ovaire, et qui est en proie à un des accidents de la torsion du pédicule, immédiatement l'idée de cette complication lui viendra à l'esprit et il lui suffira, pour confirmer ce diagnostic, de constater que la tumeur est devenue tout à coup immobile, qu'elle présente une tension extrême et une augmentation de volume qui s'est produite assez rapidement.

Dans tous les cas où le kyste a acquis un certain volume, le diagnostic sera presque toujours possible et même facile en s'appuyant sur les commémoratifs, la marche des accidents, les signes physiques fournis par l'exploration de la tumeur ; enfin un dernier renseigne-

ment sera donné par la ponction exploratrice pratiquée avec toutes les précautions nécessaires : quand le liquide retiré par cette ponction est sanguinolent, on peut affirmer la torsion du pédicule. M. le D^r Péan regarde ce dernier signe comme presque pathognomonique.

Il y a peu d'intérêt à rechercher, au point de vue pratique, quel est celui des deux ovaires qui a été le point de départ de la tumeur, et lorsque les signes fournis par l'examen du kyste sont en désaccord avec les renseignements donnés par la malade, comme dans le cas de M. Koeberlé (obs. XII), on devra rester dans le doute, et s'attendre à rencontrer des anomalies, des adhérences capables d'expliquer cette contradiction apparente.

Mais où le diagnostic devient d'une difficulté extrême, c'est dans les cas où la tumeur est petite, perdue dans l'excavation du bassin et encore difficilement accessible à nos moyens d'exploration, d'autant plus que l'examen de la malade est souvent rendu impossible par suite de la sensibilité extrême du ventre et des douleurs que le moindre contact exaspère. On pourra alors, en procédant par exclusion et après avoir éliminé toutes les causes capables de produire les mêmes accidents, tels que, les hernies, l'occlusion intestinale, l'hématocèle, etc., être amené à soupçonner la torsion du pédicule; et dans ces cas graves et rapidement mortels où la thérapeutique est impuissante sans un diagnostic précis, on sera autorisé à faire une incision exploratrice qui permettra de préciser le diagnostic et au besoin d'intervenir immédiatement par une opération radicale.

Dans aucune des observations il n'est fait mention du toucher vaginal, ni du toucher rectal ; ces deux moyens d'exploration pourraient peut-être fournir des renseignements utiles et rendre quelques services ; en tous cas, ils ne sont pas à négliger, leur usage étant inoffensif.

CHAPITRE VII.

TRAITEMENT.

Il sera prophylactique ou curatif des accidents :

1° Lorsque chez une malade atteinte d'un kyste de l'ovaire on trouvera réunies toutes les conditions favorables à la torsion du pédicule de cette tumeur ; lorsque, par exemple, on constatera une tumeur sphéroïdale lisse, dépourvue d'adhérences, extrêmement mobile, élevée au-dessus de l'excavation et paraissant plus ou moins indépendante de l'utérus, ainsi qu'un col élevé au toucher et sans déviation, on devra insister d'une façon spéciale, pour pratiquer l'ovariotomie hâtive et préventive des accidents possibles de la torsion du pédicule. Si l'opération n'est point acceptée, il faudra tout au moins conseiller l'usage d'appareils contentifs, tels que bande de flanelle, ceinture hypogastrique.

2° Quand les accidents de la torsion se sont produits et que le diagnostic est évident, il faut, en s'inspirant de l'indication étiologique qui est ici bien nette, pratiquer immédiatement l'extirpation de l'ovaire kystique, cause de tous les accidents. Temporiser serait exposer les jours de la malade à une mort certaine, quelquefois rapide, et toujours à une série de complications dont on ne peut jamais prévoir l'issue ; dans les cas les plus favorables, où la péritonite reste partielle et adhésive, on agira sagement en ne remettant pas l'opération à plus de deux, trois mois, si

on ne veut s'exposer à se trouver plus tard en présence de difficultés extrêmes en raison de la friabilité des parois du kyste et surtout des adhérences souvent très étendues et très vasculaires qui ont eu le temps de s'organiser et qui exigeront une dissection longue et très minutieuse. Plus d'un chirurgien s'est trouvé en présence de semblables difficultés. Aussi MM. Spencer Wells, Duplay, Kœberlé, Olshausen, Péan s'accordent tous à conseiller l'ovariotomie pratiquée immédiatement.

Il faut donc opérer le plus tôt possible. Schröder a perdu une de ses malades de septicémie pour avoir ajourné une opération qui aurait dû être faite tout de suite.

Même dans le cas de kyste et de péritonite suppurée, il faudrait encore faire la laparotomie, et ne pas se laisser arrêter par la crainte d'un insuccès ; l'incision est la seule méthode de traitement de la péritonite arrivée à cette période et on cite quelques cas de guérison après des ovariectomies faites dans ces conditions (Sp. Wells, Schröder, Olshausen). Si pour une raison quelconque l'opération ne peut pas être pratiquée, il faudra instituer un traitement médical variable et en rapport avec la nature des accidents.

Dans le cas de péritonisme on cherchera à remplir les trois indications formulées par Gübler : 1° à éteindre l'impressionnabilité nerveuse par les narcotiques et spécialement au moyen des injections sous-cutanées de morphine ; 2° et 3° à stimuler légèrement les grandes fonctions, et à réveiller les forces défaillantes par les révulsifs et les stimulants sous toutes les formes : injections sous-cutanées d'éther, lavements d'alcool, de Champagne, etc.

Contre les hémorrhagies, on aura recours aux applications sous-cutanées d'ergotine, on établira une légère compression avec de la ouate et une bande de flanelle ; enfin, on sera souvent obligé, dans certains cas très graves de comprimer l'aorte, ce qui n'est pas toujours possible en raison de la sensibilité extrême du ventre qui existe toujours chez ces malades.

Dans la période chronique de la maladie, on soutiendra les forces de l'organisme par tous les toniques ; on soulagera souvent les malades en leur faisant sur le ventre des applications répétées et successives de révulsifs et de calmants. On combattra la fièvre hectique par les préparations de quinine et tout cela en attendant l'opération radicale, la laparotomie, qui, en enlevant le kyste cause de tous les accidents, en ouvrant une voie large au pus enkysté dans le péritoine, est seule capable d'amener une guérison définitive.

CONCLUSIONS.

1° La torsion du pédicule est une complication assez fréquente des kystes de l'ovaire.

2° Les principales conditions inhérentes au kyste et favorables à la production de cette complication sont le petit volume de la tumeur, une mobilité excessive et un long pédicule.

3° Cliniquement elle engendre deux sortes d'accidents : 1° des accidents aigus (péritonisme, anémie aiguë) ; 2° des accidents plus lents dans leur évolution sous la forme de poussées successives de péritonite.

4° Elle est d'un diagnostic relativement facile lorsqu'on est prévenu de sa possibilité.

5° Le pronostic en est toujours grave, grave pour le présent puisqu'elle amène quelquefois une mort rapide, grave dans tous les cas pour l'avenir, puisque les lésions consécutives, adhérences du kyste aux parties environnantes, et friabilité de ses parois, constitueront de grandes difficultés pour l'extraction si on se décide à la pratiquer plus tard.

6° Le seul traitement de cette complication est véritablement l'ovariotomie pratiquée immédiatement, s'il s'agit de ces formes aiguës rapidement mortelles, et toujours dans les deux premiers mois qui suivront le début des accidents, si les symptômes ont été légers. La laparotomie devra être tentée, même dans ces cas de cachexie profonde qui résulte de la suppuration chronique du kyste et du péritoine.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I (résumée).

Prise dans le service de M. le Dr Terrillon, chirurgien de la Salpêtrière.

Mme P..., âgée de 32 ans, mariée depuis quatorze ans; deux grossesses. La tumeur a débuté il y a un an environ. Au mois de janvier 1886, elle est prise brusquement de tous les symptômes d'une péritonite qui dure une vingtaine de jours. Elle entre à la Salpêtrière le 7 avril 1886. Diagnostic : kyste de l'ovaire droit, circonférence du ventre 0,80 centimètres.

L'opération est pratiquée le 1^{er} avril 1886. Après l'ouverture du ventre, on trouve des adhérences totales du kyste avec les parties voisines; ces adhérences sont molles, noirâtres, indiquant une inflammation récente; la ponction donne un liquide sanguinolent, mêlé de caillots; on décortique le kyste assez facilement, les adhérences sont peu vasculaires et donnent peu de sang. On trouve le pédicule tellement tordu sur lui-même qu'il est étranglé et presque coupé. Les parois du kyste sont en partie mortifiées; toilette du péritoine. Suture du ventre. Guérison.

OBSERVATION II. (Dr Péan.)

Torsion du pédicule consécutive à une ponction. — Accidents péritonéaux. — Adhérences générales.

Mme X..., âgée de 37 ans, kyste hémattique de l'ovaire gauche. Mariée. Deux enfants de 12 à 10 ans. Accès d'asthme

longs et très rapprochés depuis douze ans. Morphinomanie. Début de la tumeur : six ans. Ponction il y a six semaines ayant donné 4 litres de sang ; à la suite, accidents de péritonite suraiguë. Opération le 4 août 1881 : incision de 10 centim. Le péritoine pariétal est si adhérent à la tumeur et les feuillets d'adhérences si nombreux, qu'on a peine à reconnaître le kyste. Celui-ci se révèle pourtant par sa couleur feuille morte. Ponction : 6 litres de liquide hémattique très foncé. Fortes rétractions de la poche qui a des parois épaisses. On détache les adhérences qui sont générales. Celles-ci, très résistantes, surtout dans la moitié gauche, s'étoilent sous forme de brides qu'il faut rompre avec la spatule. Du même côté et en arrière, une anse d'intestin grêle adhère sur une grande longueur. Dissection difficile. Epiploon adhérent réséqué. On vient plus facilement à bout des adhérences de la moitié droite, bien qu'elles soient également générales. Le pédicule vient de l'ovaire gauche ; il est très court, mince, tordu sur lui-même, enflammé comme le kyste et friable. Lié en deux parties, il est réduit. La paroi kystique a la coupe épaissie et chargée de couches de sang stratifié comme dans les vieilles hématoécies, augmentant d'épaisseur à mesure qu'on s'approchait de son fond. A ce niveau, elle contenait de nombreux caillots dont les tractus fibreux rappelaient assez bien la disposition des colonnes charnues du cœur. Les suites immédiates étaient favorables quand, subitement, la malade succombe brusquement à un accès d'asthme comme je l'avais craint avant l'opération.

(N° 449. 4^e série : des gastrotomies pratiquées pour l'ablation des tumeurs de l'ovaire, du ligament large, de l'épiploon, du mésentère, du bassin, du péritoine, du rein, du foie, du pancréas, des intestins et de l'utérus. Cliniques chirurgicales de l'hôpital Saint-Louis, par le Dr Péan, IV^e volume.)

OBSERVATION III. (D^r Péan.)

Kyste de l'ovaire gauche uniloculaire à contenu sanguin.

Torsion du pédicule.

Mme X..., 23 ans, réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Non mariée. Début il y a un an. Depuis quelques semaines, douleurs et sensibilité du ventre à plusieurs reprises. Opération le 15 mars 1882. Incision courte, faisant apercevoir un kyste à parois épaisses et résistantes, de couleur feuille morte. Ponction : 6 litres de liquide hématique. Nombreuses adhérences épiploïques à la face postérieure de la tumeur, surtout à la base ; ces adhérences sont molles, vasculaires et nécessitent l'application de huit ligatures perdues. Pédicule tordu et court sur l'ovaire gauche lié en deux moitiés, puis réduit. Durée de l'opération : trente minutes. Guérison.

(N° 461 de la 4^e série, loc. cit.).

OBSERVATION IV. (D^r Péan.)

Kyste de l'ovaire gauche, aréolaire, séreux, hématique, purulent. — Torsion du pédicule. — Adhérences générales très vasculaires.

Mme X..., âgée de 55 ans. Réglée à 14 ans, mariée à 21. Quatre enfants, un seul survit, il a 21 ans. Une fausse couche. Les règles persistent avec une abondance insolite qui sont l'indice de leur disparition prochaine. On avait cru à une tumeur du ligament large parce que l'utérus était élevé et hypertrophié, parce que la vessie comprimée avait la forme d'un trèfle, et parce que la tumeur envoyait dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale un prolongement dur, très adhérent. OEdème des membres inférieurs.

Opération le 20 juillet 1882 : incision remontant au-dessus de l'ombilic. Un peu d'ascite. Le pédicule élargi se présente le premier sur la ligne médiane. Il est lié en deux parties et saisi entre les mors de mes longues pinces courbes hémostatiques.

Adhérences pariétales, épiploïques, intestinales généralisées, saignantes, très vasculaires, difficiles à décoller, surtout au fond du bassin. Nécessité d'exercer une bonne compression avec des serviettes pendant l'opération. 7 litres de liquide séreux, sanguin et purulent suivant les loges. Hématocèle enkystée au fond du bassin due à la rupture ancienne d'une loge. Pédicule long, large, tordu. Toilette du péritoine difficile. Durée de l'opération 30 minutes. Guérison.

(N° 479, loc. cit.).

OBSERVATION V. (Dr Péan).

Kyste de l'ovaire droit, multiloculaire, hémattique. — Torsion du pédicule. — Adhérences pariétales et viscérales très épaisses et très solides.

Mme X..., épuisée, de petite taille. Premier accouchement en 1881 ; à la suite, périmétrite. Développement rapide d'une tumeur abdominale qui fut ponctionnée par M. le professeur Richet.

Plus tard, le ventre ne se développe plus. Elle redevient enceinte en juin 1882 ; au cinquième mois, le kyste prend un développement, concurremment avec l'utérus, si bien qu'il y eut un accouchement prématuré en janvier 1883. Après l'accouchement, kyste du volume d'une tête d'adolescent. A partir de ce moment, marche rapide. La malade a des métrorrhagies continues.

Opération le 22 mai 1885 : incision longue, dépassant l'om-

bilic de 5 centim., à cause des adhérences pariétales généralisées sous-ombilicales tellement épaisses que je suis obligé de les couper avec des ciseaux sur plusieurs points.

Adhérences à l'épiploon qui m'obligent à le réséquer après plusieurs ligatures. 10 litres de liquide hématique. Parois des kystes friables, ce qui rend l'ablation difficile à cause de la résistance des adhérences. Pédicule tordu. Deux ligatures. Durée de l'opération : une heure dix minutes. Guérison.

(N° 515, 4^e série, loc. cit.).

OBSERVATION VI. (D^r Péan.)

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. — Contenu sanguin. — Torsion du pédicule. — Adhérences fibreuses généralisées

Mme X..., épuisée par les privations et la misère. Début il y a dix mois. Ponction il y a un mois : 10 litres de pus.

Opération le 31 juillet 1883 : incision de 12 centim. faisant découvrir un kyste enflammé. Adhérences pariétales, généralisées, fibreuses, peu saignantes, mais très résistantes. Ponction de la loge primitive donnant un liquide hématique charriant du sébum formé en boules comme des noisettes, une soixantaine. Sur un point de la paroi, une mèche de poils roux; ni os, ni dents. Attraction de la poche. La trompe et le pavillon du côté droit qui lui sont accolés sont triplés de volume. Adhérences générales. En arrière, le sac est adhérent au mésentère. Tout à fait aux bords, adhérences avec deux anses d'intestin grêle, difficiles à disséquer. Vingt ligatures perdues sur différents points saignants. Le péritoine pariétal est très éraillé. Pédicule tordu lié en deux moitiés, puis réduit. 2 litres d'ascite. Durée de l'opération : quarante-huit minutes. Guérison.

(N° 522 de la 4^e série, loc. cit.).

Parizot.

OBSERVATION VII. (D^r Péan.)

Kyste hématique de l'ovaire gauche. — Accidents de péritonite. — Torsion du pédicule. — Adhérences solides et générales.

Mme X..., 28 ans, réglée à 13 ans, mariée à 19 ans. Métrorrhagies pendant dix mois ; n'a pas eu ses règles depuis sept mois. Il y a deux mois, péritonite dans le cours de laquelle fut reconnue la tumeur : grande, lymphatique, polysarcique.

Opération le 17 janvier 1884. Incision longue. Adhérences pariétales, généralisées, difficiles à détacher et très saignantes. Ponction d'une loge principale : 5 litres de liquide hématique. On tente en vain de vider les loges les plus profondes par la ponction. On trouve alors le sac et on constate que ses parois sont dures et rougeâtres. On attire la masse solide qui en forme le fond et qui pèse 6 kilog. On la coupe avec des ciseaux au-dessus de longues pinces courbes. On détache avec difficulté les adhérences nombreuses qui attachent la tumeur aux parois, à l'intestin et à l'épiploon. Pédicule tordu du volume du pouce. Une vingtaine de ligatures perdues sur l'épiploon : 3 sur le mésentère, 6 sur l'intestin, 5 sur la paroi. Peu d'ascite. Pédicule lié en deux moitiés, puis réduit. Durée : 1 heure. Cette tumeur offrait une disposition singulière, à l'exception d'une grande loge, tout l'intérieur du kyste était constitué par un tissu vasculaire dont les cavités étaient limitées par des cloisons d'apparence musculaire ; leur réunion formait des colonnes charnues très analogues à celles du cœur ; elles avaient une coloration rouge sombre et l'apparence de fibres musculaires. Guérison.

(N° 540, 4^e série, loc. cit.)

OBSERVATION VIII. (D^r Péan.)

(Kyste hématique de l'ovaire droit. — Tension extrême de la tumeur. — Torsion du pédicule. — Adhérences viscérales et pariétales.

Mlle X..., 19 ans, réglée à 15 ans, vierge. Métrorrhagies quotidiennes depuis plusieurs mois. Début, trois ans. Grande et polysarcique. La tumeur offre la fermeté d'un fibrome multilobé de l'utérus et n'est pas fluctuante, ce qui, joint aux hémorrhagies, fait craindre qu'il ne s'agisse d'une tumeur solide de l'utérus, d'autant plus que celui-ci était fixé contre le bassin.

Opération le 7 février 1884. Incision longue à cause de l'embonpoint. En avant, l'épiploon étoilé adhère aux kystes ; on le décolle. Ponction : 16 litres de liquide hématique contenu dans des loges emboîtées, séparées par des cloisons dures fibreuses, dont la surface interne est ridée, feutrée comme l'estomac des ruminants et remplie de caillots épais, jaunâtres, comme ceux des vieux sacs anévrysmaux et des hématoèles vaginales. Adhérences pariétales et viscérales généralisées. 30 ligatures perdues. Epiploon et mésentère gros. Pédicule large, court, tordu, chargé de varices lymphatiques. Lié en deux parties et réduit. Durée de l'opération : 30 minutes. Guérison.

(N° 543, 4^e série, loc. cit.)

OBSERVATION IX. (D^r Péan).

Kyste de l'ovaire gauche, unitoculaire hématique. — Torsion du pédicule.

Mme X..., 69 ans, cachectique. Traitée il y a quelques années par A. Voisin pour folie névralgique. Obésité œdéma-

teuse. Réglée à 18 ans. Non mariée. Ménopause depuis treize ans. Métrorrhagies fréquentes dans les trois dernières années. Début, 20 ans.

Une ponction en 1864 ayant donné 8 litres de liquide chocolat et sanguinolent. L'utérus étant gros et déformé, on avait cru à cette époque à une hématocele. Réclame l'opération à cause de la gêne extrême que lui cause la tumeur.

Opération le 29 octobre 1884 (hôpital).

Incision courte. Ponction : 18 litres de liquide brunâtre, légèrement sanguin. Adhérences épiploïques liées. Pédicule tordu, lié en deux et réduit. Nombreuses végétations papilliformes sur la face interne de la tumeur. Pas d'ascite. Durée de l'opération : 30 minutes. Guérison.

(N° 567 de la 4^e série, loc. cit.)

OBSERVATION X. (D^r Patruban.)

Kyste ovarique (Hémorrhagie mortelle à l'intérieur d'un).

La femme L..., 32 ans, a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 24 ans; elle avait eu trois enfants. Depuis huit ans, elle souffre d'accès hystériques qui, se liant à la menstruation, prennent souvent la forme convulsive et ne durent jamais plus de trois à quatre jours.

Le 14 juin, la malade est prise subitement d'une attaque d'hystérie, sans prodromes d'aucun genre. Les parents accoutumés à cet appareil de symptômes nerveux, n'y attachent pas d'importance; cependant, la malade se plaint de douleurs analogues à celles de l'accouchement, les envies d'uriner sont pressantes et impossibles à satisfaire. M. le P^r Patruban est appelé.

A son arrive, la malade a presque entièrement perdu connaissance, les muscles sont agités de convulsions violentes,

les extrémités froides, la peau pâle; le pouls petit, intermittent; douleurs abdominales très vives à la pression; le ventre est distendu par une tumeur fluctuante, qui occupe les régions méso et hypogastriques. Les dimensions du ventre répondent à celles d'une grossesse de quatre mois. Le médecin apprend que la tumeur existe depuis trois ans, et a été désignée sous le nom de tumeur ovarique; il n'y a pas de soupçon de grossesse.

La malade, après un court intervalle de calme, se plaint de soif vive, de douleurs aiguës dans le ventre, de bourdonnements d'oreilles et de vertiges; les accès convulsifs reparaissent.

Malgré l'emploi de la glace et l'essai de compression infructueuse et très douloureuse de l'aorte abdominale, les accidents font de rapides progrès; il survient du trismus, de la lipothymie; on perçoit un violent bruit de souffle diastolique au cœur. La malade succombe environ six heures après la première apparition des douleurs.

Autopsie, trois jours après la mort. Cadavre profondément anémié; dans la cavité abdominale, dont l'ouverture seule est autorisée, tumeur analogue, pour la forme et le volume, à un utérus au 7^e mois de la gestation, ovale, d'un rouge brun et remplie de liquide. Cette tumeur se déplace quelque peu de haut en bas; il est impossible de la faire mouvoir de bas en haut et latéralement. Elle adhère par son pôle supérieur, près du bord arrondi du foie, à la paroi abdominale par une membrane cellulo-fibreuse; là, trois branches assez considérables de l'artère épigastrique inférieure pénètrent dans le kyste. Le pédicule est formé par le ligament ovarique gauche; de là partent les vaisseaux du plexus pampiniforme, énormément dilatés, se dirigeant en haut et allant s'aboucher dans la veine spermatique gauche, dont les dimensions sont plus que qua-

druplées. Ce pédicule paraît avoir été érodé par une torsion que la tumeur aurait subie suivant son axe. Des tentatives bien dirigées permettent de replacer momentanément la tumeur dans la position qu'elle devait affecter primitivement, et de lui rendre une certaine mobilité. En interrogeant les parents, on apprend que la malade a fait la veille un faux pas et a ressenti aussitôt une douleur perforante dans le bassin. La tumeur, détachée des parties environnantes, est formée par un kyste multiloculaire dont toutes les locules sont remplies de sang brunâtre et fluide; la quantité peut en être évaluée à cinq livres.

L'auteur rapporte l'hémorrhagie à la torsion du pédicule de la tumeur qui a déterminé la constriction des veines et par suite une apoplexie.

(*Österreichische Zeitschrift f. prakt. Heilk.*, 1855. — *Archives générales de médecine*, 1855, 5^e série, p. 602.)

OBSERVATION XI.

*Kyste de l'ovaire gauche. — Ponctions successives. — Mort.
Autopsie.*

Par Folet, interne des hôpitaux.

Joséphine J..., âgée de 48 ans, mariée, entre dans les premiers jours de février à l'hôpital de la Charité, service de M. Denonvilliers, salle Sainte-Rose, n° 11. Cette femme, d'une bonne santé habituelle, a vu, un an après la cessation de la menstruation, c'est-à-dire depuis huit mois seulement, se développer une tumeur dans le côté droit de l'abdomen. Elle précise très exactement ce renseignement. La tumeur prit un tel développement en six semaines, que M. Houel lui pratiqua, à l'hôpital des Cliniques, une ponction qui donna issue à quinze litres de liquide. La tumeur se reproduisit rapidement,

et deux mois et demi plus tard, la malade subit une ponction suivie d'injection iodée. Neuf semaines après, troisième ponction suivie également d'injection iodée. M. Nélaton, qui pratiqua cette dernière ponction, constata, après l'écoulement du liquide, la persistance d'une tumeur dure dans le côté droit. Le liquide, parfaitement clair lors de la première ponction, était devenu de plus en plus brunâtre et filant dans les deux ponctions qui suivirent. Après chacune des deux premières opérations, la malade avait voulu sortir trop vite de l'hôpital, s'était fatiguée et avait présenté des symptômes de péritonite subaiguë : douleurs, vomissements, etc.

Au moment de son entrée, deux mois après la dernière ponction, la malade s'offre à nous avec un ventre énorme : il mesure 134 centimètres au niveau de l'ombilic. En haut et à droite, la tumeur est entièrement dure, dans tous les autres points, la sensation de fluctuation est facile à percevoir. Les intestins sont refoulés en haut et à gauche.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

L'état général est mauvais. La malade mange peu, les vomissements sont fréquents, il s'y joint une dyspnée pénible et une toux fatigante. Les symptômes ne faisant que s'aggraver, M. Denonvillers opère la ponction le 5 février. Le trocart est enfoncé à droite au lieu d'élection. Le liquide qui s'écoule est filant, de couleur très brune (le microscope y démontre l'existence de globules sanguins très nombreux et plus ou moins altérés). L'écoulement du liquide se fait d'une façon intermittente : la canule est fréquemment bouchée par l'engorgement de petites masses fibrineuses, brunâtres. Après l'évacuation assez pénible d'environ dix litres de liquide, le ventre est loin d'être vidé, mais la tension a suffisamment diminué pour que la palpation fasse nettement percevoir à droite cette tumeur dure aussi irrégulière, que l'on sentait

auparavant. Elle est située immédiatement au-dessous des fausses côtes, et si bien fixée dans sa position, que M. Denonvilliers émet l'idée de coexistence d'un kyste de la face inférieure du foie, sans pourtant se prononcer catégoriquement.

Après deux jours d'amélioration, l'état général s'aggrave de nouveau, les vomissements recommencent et la malade meurt le 14 février.

Autopsie 24 heures après.

Le kyste, de couleur violet grisâtre, adhère par ses parties latérales gauche et postérieure au côlon transverse et à tout le paquet intestinal, en avant au grand épiploon qui s'étale à sa face antérieure dans sa moitié supérieure, en bas à la paroi abdominale antérieure; les adhérences qui existent à droite sont faibles. Il n'y en a point du côté du foie, ni vers le petit bassin. Toutes sont lâches et faciles à détacher avec la main. Mais pendant cette manœuvre, le kyste, très friable au niveau de la partie postérieure latérale gauche, se déchire à ce niveau, et la plus grande partie du liquide s'écoule. Ce liquide est brun, épais; les derniers flots sont boueux. Enfin on parvient à enlever la tumeur dans sa totalité avec l'utérus et les ligaments larges.

L'ovaire droit est parfaitement sain, bien que la malade affirmait que la tumeur s'était développée à droite. L'ovaire gauche, devenu kystique dans son entier, constitue la tumeur; non seulement il est porté vers le côté droit du ventre, mais il a subi tout à la fois un mouvement de torsion et de redressement; il a pivoté sur lui-même de gauche à droite et d'arrière en avant, de façon que sa face antérieure est devenue la face postérieure du kyste, son bord inférieur le côté droit, son diamètre transverse l'axe vertical de la poche. Le pédicule, bien limité et peu volumineux (il est à peine de la grosseur du pouce), démontre jusqu'à l'évidence le sens de

cette torsion ; ce pédicule est composé de la trompe et du ligament large épaissi, converti en un cordon cylindrique.

La tumeur est constituée ainsi qu'il suit :

1° Une vaste poche à liquide brun occupant les parties inférieure et gauche de la tumeur ;

2° En haut et à droite, une multitude de petits kystes de volume très divers, formant une masse dure. La plus grande de ces cavités renfermait un liquide jaune-citron transparent et filant ; d'autres contiennent du liquide très limpide et filant ; d'autres enfin, en plus grand nombre, du liquide coloré plus ou moins foncé ;

3° La trompe, dont on suit bien la torsion dans le pédicule, est appliquée sur la partie gauche de la tumeur, et cette situation vient encore confirmer ce que nous avons dit sur le sens de la torsion qu'a subie la tumeur ovarique. Cette trompe est devenue énorme, elle mesure près de 20 centim. de longueur ; les franges de son pavillon ont participé à l'hypertrophie et présentent de nombreux faisceaux musculaires rouges, très développés.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1837, p. 130).

OBSERVATION XII.

Kyste dermoïde de l'ovaire droit. — Accidents graves déterminés par la torsion du pédicule. — Ovariectomie. — Adhérences abdominales et pelviennes. — Guérison.

Par M. Kœberlé.

Mme D..., de Bourgarber (Basses-Pyrénées), 23 ans, a toujours été bien portante jusqu'au commencement de 1875. A cette époque, au deuxième mois d'une première grossesse, il survint brusquement dans le ventre des douleurs extrêmement vives, irradiantes, dans les aines, accompagnées de coliques

et de vomissements. A ces douleurs, qui durèrent trois ou quatre heures, succéda une accalmie complète. Au quatrième mois, il se déclara une crise semblable qui dura une journée entière. Le reste de la grossesse se passa d'une façon tout à fait normale. Après les couches, dont les suites ont été très simples, le ventre resta gros et sensible dans les parties inférieures. Cinq mois après, le 23 septembre 1875, survint une nouvelle crise de douleurs très violentes, localisées surtout dans le bas-ventre, continues pendant trois jours. Ces douleurs furent attribuées alors, par M. le Dr Duboué, de Pau, à une irritation péritonéale qui paraissait résulter d'une hématocele. Au 1^{er} janvier 1876, il y eut un accès de nouvelles douleurs, d'une durée de six jours, localisées principalement à droite avec des irradiations douloureuses dans les cuisses et dans les reins, du même côté, du reste, sans élévation de température, de même que dans les crises précédentes. Dès lors les douleurs restèrent localisées à droite. Après ces accidents, on reconnaît l'existence d'un kyste de l'ovaire sans pouvoir établir la relation qui existait entre le kyste et les douleurs éprouvées par la malade. Au mois d'août, une nouvelle crise de douleurs très fortes dura pendant huit jours. Enfin, vers la fin du mois de novembre, à la suite d'un brusque mouvement de rotation du corps, survient une crise instantanée, excessivement violente, qui se prolonge pendant vingt jours environ, et qui fut accompagnée, comme les précédentes fois, de vomissements, de crampes, de coliques, de sensibilité extrême du ventre, de tympanite. Peu après chaque crise, le volume de la tumeur diminuait notablement. Du reste, la malade n'a pas maigri; elle paraît relativement bien portante; embonpoint ordinaire, menstruation normale.

La tumeur abdominale est constituée par un kyste ovarique de 19 à 20 centim. de diamètre, d'une forme irrégulièrement

arrondie et située principalement du côté gauche du bas-ventre; elle dépasse l'ombilic d'environ quatre travers de doigt et paraît être parfaitement mobile, dépourvue d'adhérences, cependant sans pouvoir être refoulée autant à droite qu'à gauche. Les mouvements vibratoires communiqués par le déplacement de la paroi abdominale sur la tumeur se perçoivent parfaitement à gauche; à droite, ils sont indistincts peut-être par suite de l'interposition ou de l'adhérence de l'épiploon. La tumeur est fluctuante. On perçoit sur sa surface, vers sa partie inférieure gauche, une petite tubérosité de 4 à 5 cent. de long. Le col utérin est dévié à gauche; le corps de l'utérus est incliné à droite, de même qu'on l'observe en général lorsque la tumeur provient de l'ovaire gauche. Les déplacements de la matrice à l'aide de la sonde étaient limités vers la gauche, plus étendus à droite. Depuis le commencement de l'année 1877, c'est-à-dire pendant quatre mois, aucune crise douloureuse n'est plus survenue. Seulement, deux ou trois jours avant l'opération, le côté droit est redevenu un peu sensible. Je portai le diagnostic suivant : kyste de l'ovaire gauche, sans adhérences à l'abdomen, probablement dermoïde en raison de l'état général, de l'accroissement lent de la tumeur et de la consistance prononcée de la petite saillie qui existe au côté gauche du kyste.

Les douleurs éprouvées par la malade paraissent avoir été la conséquence d'une torsion du pédicule; mais comme elles se rapportaient au côté droit, et que le kyste, en raison de son siège, de sa plus grande mobilité à gauche, de la position et de la mobilité de la matrice à droite paraissait provenir du côté gauche, il semblait difficile, impossible de se rendre exactement compte des accidents si graves observés par intervalles dans le cours de l'affection.

L'observation du cas pathologique lors de l'ovariotomie devait donner l'explication de ces difficultés,

Le liquide contenu dans la tumeur devait être de couleur plus ou moins foncée en raison des hémorrhagies internes qui ont dû se produire lors des douleurs et des accidents éprouvés par la malade.

Quoique la tumeur fût d'un petit volume et parût même être restée stationnaire depuis quelques mois, l'ovariotomie fut décidée.

Les accès de douleurs paraissaient symptomatiques de la tumeur dont l'extirpation était inévitable. Comme l'opération se présentait dans des conditions très favorables, on préféra y recourir de suite pour ne pas s'exposer à des complications ultérieures et à de nouvelles crises des douleurs dont le kyste était certainement le point de départ.

La tumeur n'offrant qu'un faible volume, on ne fit pas de ponction préalable.

L'opération a eu lieu le 10 avril 1877, avec l'assistance de MM. Herrenschmidt, Kien et Reichardt. Une incision de 10 centim. mit à découvert le kyste qui était adhérent à la paroi abdominale par l'intermédiaire de nombreuses lames fibrineuses très vasculaires, mais ne contenant toutefois pas de vaisseaux d'un calibre important. Les pinces hémostatiques ont suffi pour arrêter l'hémorrhagie. Une ponction donna issue à environ un litre de liquide roux grisâtre, hémorrhagique, trouble, avec des amas de graisse concrète mêlés de cheveux blonds de 1 à 4 centim. de longueur, ce qui confirmait le diagnostic de la nature présumée de la tumeur. Le kyste, ayant été complètement détaché de ses adhérences périombilicales qui s'étendaient à droite jusque dans le bassin et qui recouvraient à peu près les trois quarts de sa surface put enfin être attiré au dehors. Le pédicule, au premier abord, paraissait devoir être très court. Il était constitué par une partie grêle de 5 à 7 millim. de diamètre tordue sur elle-même et par une épaisse lame rougeâtre, vasculaire. Cette lame adhérait à la

base du kyste et dans presque toute son étendue à la partie tordue, elle se continuait d'autre part avec le ligament large du côté droit. La trompe droite s'engageait en spirale entre cette lame et la partie tordue avec laquelle elle se continuait et qui était ainsi évidemment le véritable pédicule, lequel avait subi une torsion de deux circonférences. La lame fibreuse, qui avait quelque ressemblance avec le ligament large, fut alors détachée du pédicule et de la tumeur qui purent être détordus. L'hémorrhagie fut assez facile à arrêter. Le pédicule fut ensuite compris dans l'anse de fil de fer du serre-nœud et la tumeur fut excisée. Le pédicule était long.

L'hémostase, étant aussi parfaite que possible, la cavité péritonéale fut débarrassée du sang épanché et la réunion fut opérée avec trois points de suture profonde et six points de suture superficielle. L'opération a duré une heure et demie environ. La perte de sang a été de 150 à 200 grammes. L'ovaire gauche était sain. Il ne survint aucun accident consécutif. La température ne s'éleva pas au delà de 37,8 et la cicatrisation a été complète dès le vingt-troisième jour.

La tumeur ovarique était constituée par un kyste uniloculaire dermoïde. Le tégument cutané interne était crevassé et vergeté en tous sens, sous l'influence de sa distension par le liquide qu'il renfermait. La peau était dépourvue d'épiderme et les cheveux qui la recouvraient étaient tombés en majeure partie, elle avait les caractères de la peau d'un fœtus mort depuis longtemps pendant la grossesse. La petite tumeur dure, comprise dans les parois du kyste, était également dermoïde, en partie recouverte d'une membrane muqueuse. La surface externe du kyste présentait en divers points des éraillures hémorrhagiques et des dépôts fibrineux.

Du reste, les téguments, soit dermoïde, soit muqueux, renfermaient tous les éléments histologiques de la peau (derme,

glandes sudoripares, sébacées, pilifères) ou des muqueuses (glandes mucipares).

La torsion, lors de la dernière crise, avait été telle que la circulation a été complètement arrêtée et que les tissus dermoïdes ont été frappés de mort; mais, en raison de la vitalité des tissus ovariens, les adhérences qui se sont produites à cette époque ont continué à entretenir la vie organique dans les tissus ambiants.

OBSERVATION XIII.

Accidents graves produits par la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire. — Ovariectomie. — Guérison.

Par M. Duplay.

Une femme de 53 ans, jouissant d'une bonne santé, bien qu'elle portât un kyste de l'ovaire, fut prise tout à coup de douleurs abdominales vives accompagnées de fièvre, de vomissements et de constipation. Cette poussée de péritonite s'étant calmée, je fus appelé auprès de cette malade il y a deux mois et je constatai que sa tumeur avait le volume d'une tête d'adulte. Une ponction donna issue à un litre d'un liquide visqueux, teinté de sang, qui ne représentait qu'une partie du contenu de la poche. Je pensai que des adhérences unissaient cette dernière à la paroi abdominale.

L'opération, pratiquée le 3 de ce mois, ne présente rien de spécial, si ce n'est que les adhérences, qui avaient pu être diagnostiquées, étaient très étendues et très vasculaires. Je fus frappé de l'aspect opaque, feuille morte de la paroi du kyste. Au moment de lier le pédicule, je remarquai qu'il offrait des bosselures multiples et je me rendis compte de cette disposition, après avoir constaté qu'il était tordu plusieurs fois sur lui-même. Cette torsion avait été la cause des accidents.

(Mémoire de la Société de chirurgie, 27 avril 1881, p. 347.)

Examen anatomique par Hoche, int. des hôpitaux.....

En examinant le kyste, on constate à la surface la trace de ses nombreuses adhérences et la vascularité. Le pédicule d'une longueur de 2 Dem., présente deux tours de spire; comme la portion du pédicule laissée dans l'abdomen était également tordue, on voit que ce kyste s'était tordu deux ou trois fois sur lui-même. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1881, 4^e série, page 313.)

OBSERVATION XIV.

(Société anatomique de Nantes, 13 janvier 1886.)

M. Heurtaux présente un kyste ovarien du volume d'une tête d'enfant, enlevé chez une fille de 49 ans. Le volume du ventre avait augmenté depuis un an seulement et l'augmentation avait été progressive, mais très lente depuis l'origine. Pendant ce temps, la femme éprouva, sous la forme de fatigues, inhérentes à son métier, de femme de journées, des poussées de péritonite à trois reprises différentes. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle était à peine remise de la dernière atteinte de péritonite dont elle avait présenté les symptômes trois semaines avant. A la palpation, on trouvait dans la région ombilicale une tumeur inclinée à droite, dépassant à gauche la ligne médiane et ne subissant qu'un déplacement latéral très léger par le décubitus sur le côté. La fluctuation de la tumeur était évidente, ses parois ne présentaient aucune partie dure, et paraissaient minces. Le toucher vaginal permettait de constater que l'utérus était petit et parfaitement mobile. M. Heurtaux pensa à un kyste ovarien de mauvaise nature, à un épithélioma kystique. L'opération fut peu laborieuse, mais présenta plusieurs particularités : d'abord, on

trouva une adhérence totale du kyste aux parties environnantes : paroi abdominale, anses intestinales et épiploon. Ces adhérences multiples furent facilement détruites avec le doigt. De plus, le pédicule du kyste était tordu complètement sur lui-même ; deux ou trois grosses veines qu'il contenait étaient obstruées par un caillot et le liquide du contenu semblait être constitué par du sang presque pur. Enfin, les parois du kyste étaient violacées comme le sont celles des kystes hématiques, et l'examen histologique fit découvrir que la surface intérieure de la poche était criblée d'une multitude de petits pertuis laissant sourdre du sang. M. de Larabrie montre quelques-uns de ces petits orifices vasculaires qui sont visibles à l'œil nu.

M. Heurtaux fait observer que la torsion du pédicule peut très bien expliquer les symptômes de péritonite par la gêne circulatoire qui résulte de la torsion.

(*Arch. de tocologie*, 15 mai 1886.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- R. HARDY. — *Lancet*, 1845, 5 avril.
- RIBBENTROPP. — *Preuss. Vereinsztg.* 1846, n. 1.
- VON BUREN. — *New-York Journ.*, 1850.
- WILLIGK. — *Prager. Vierteljahrsschr.*, 1854, n. 4, p. 112.
- PATRUBAN. — *OEst. Ztschr. f. prakt. Heilkde Wien.*, 1855.
- ROKITANSKY. — *Wien. allgem. med. Ztg.*, 1860, n. 4.
- *OEster. Zeitschr. f. prakt. Hlkde*, 1865, n. 7.
- HESCHL. — *Id.*, 1862, n. 21.
- TAIT. — *Edimb. med. Journ.*, 1869, déc., p. 503.
- CROME. — *Americ. med. Monthly*, avril 1861, p. 275.
- WILTSHIRE. — *Tr. of the path. Soc. of London*, vol. XIX, p. 295.
- PEASLEE. — *Amer. Journ. of obstet.*, VI, p. 276.
(Cas de détachement spontané d'un k. de l'ovaire.)
- PARRY. — *Ibid.*, IV, p. 254.
- KLOB. — *OEsterreichische Zeitschrift*, 1865, n. 18.
- WELLS SPENCER. — *Traité des tum. de l'ovaire*, 1865-1872.
- ATLÉE. — *Gener. and diff. diagn. of ov. tum.*, p. 187.
- KIDD. — *Dubl. quarterl. j. of. med. sc.*, vol. L, p. 198, 1870.
- BARNES. — *Lond. obst. transat.*, XI, p. 211, 1870.
- WAGNER. — *Monatsschr. f. Gebde*, Bd 32, 1868, p. 355.
- KOEBERLÉ. — *Gaz. med. Strasbourg*, 1874, n. 7.
- THORNTON. — *Lancet*, 1875, II, p. 665.
- LÉOPOLD. — *Arch. f. Gyn.*, VI, 2, 1874, p. 232.
- *Id.*, VIII, 1, 1875, p. 205.
- ROEHRIG. — *Arch. f. Klin. med.*, 1876, XVII, p. 340.
- TURNER. — *Edimb. med. J.*, fév. 1861.
- GANPP. — *Wurtemb. med. Corr. Bl.*, 1872, n. 17.
- THORNTON KNOWSBY. — *Obst. J. of grad Br.* fév. 1878, p. 720.
- *Med. Times and Gaz.*, 1877, vol. VII.
- *Tr. obst. Soc. of London*, 1881, XXIII, p. 104.
- *Id.*, 1883, XXV, p. 164.

GUBLER. — Du péritoine et de son traitement rationnel. Rev. de therap., 1876.

THORN. — Über die Axendrehung der Ovarientumoren. Diss. Halle, 1883.

MALINS. — The Lancet, V, 1877, n. 15.

FREUND. — Berlin. Klin. Woch., n. 4, p. 52, 1876.

VEIT (J.). — Arch. f. Gyn., XIII, p. 459.

MALINS. — The Lancet, 1883, avril, p. 587.

FREUND. — Guérison spont. cons. à torsion. Berl. Kl. Woch., p. 52, 1877.

STANSBOURG. — Chicago med. J. and exam., nov. 1877.

DANNIEN. — Fibrome caverneux de l'ovaire g., torsion du pédicule, hémorrhagie dans la tumeur, thrombose et mortification de celle-ci, ponction, suppuration, ovariectomie, guérison. Arch. f. Kl. chir., vol. XXII, fasc. 4, p. 973, 1878.

DUMREICHER. — Wien. med. Pr., 1878, p. 86.

KOEBERLÉ. — Gaz. med. de Strasbourg, 1878.

BAUMGARTEN. — Virchow's Arch., Bd 97, 1884, p. 18.

TAIT (L.). — The obstet. Soc. of London, 1880, marche 3.

HOFMEIER. — Ztschr. f. Gebh. u. Gyn., V, 1880, p. 96.

FLAISCHLEN. — Id., VII, 1882, p. 443.

VEIT (J.). — Id., IX, 1883, p. 229.

BREISKY. — Progr. med. Woch., 1879, n. 29.

HENRY. — Amer. Journ. of obst., XIII, 1880, p. 388.

GNENTHER. — Diss. Berlin, 1879.

LUMNICZER. — C. f. Gyn., 1880, n. 6.

DUPLAY. — Bull. Soc. de chir., 27 avril 1881,

SCHROEDER. — Berlin. Klin. Woch., n. 52, p. 773, 29 décembre 1879.

— Id., 29 déc. 1880.

WERTH. — Arch. f. Gyn., Bd XV, p. 412, 1880.

FRÄNKEL. — Virchow's Arch., Bd 91, 1883.

MÖLLER. — Hosp. Tidende, R. 2, Bd 9, p. 898.

EDWARDS. — Lancet, oct. 1861.

- GALLEZ. — Hist. des kystes de l'ovaire. Bruxelles, 1879.
- THIRIAR. — De l'ovariotomie antiseptique. Bruxelles, 1882.
- AROUSON. — Diss. Zurich, 1882.
- HUE. — Th. Paris. 1883. Péritonite généralisée consécutive aux kystes de l'ovaire.
- M. CHAPMANN. — Edimb. med. Journ., juin 1883. Double ovariectomie, pédicule du kyste anormalement long et tordu sur lui-même, guérison.
- GAILLARD (Thomas). -- Traité clin. des mal. des femmes, tr. Lutaud, p. 79.
- COURTY. — Traité des maladies des femmes, 1881.
- DE SINÉTY. — Traité de gynécologie.
- BOINET. — Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement.
- BOINET et FERRAND. — Dictionn. encycl., 2^e série, t. XIX, 1884, p. 74.
- KOEBERLÉ. — Dict. méd. et chir. prat., t. XXV, 1878, p. 524.
- BOUILLY. — Pathologie externe.
- OLSHAUSEN. — Tumeurs des ovaires, p. 106, 1886. (Deutsche Chirurgie : Billroth et Luecke.)
- HEURTAUX. — Arch. tocol., 15 mai 1886.

Vu, le président de la thèse,	Vu, bon et permis d'imprimer,
DUPLAY.	Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
	GRÉARD.

